**„Wsparcie osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i niepełnosprawnych w Lubieniu Kujawskim”**

Nr RPKP.09.03.02-04-0064/20 w ramach Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko – Pomorskiego na lata 2014-2020.

Oś Priorytetowa 9 Solidarne społeczeństwo

Działanie 9.3.2 Rozwój usług społecznych

**Oświadczenie o potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**

Imię i nazwisko …………………………………………………………………..…………………………………………

ur. dnia .……………………………………………………………roku w ………………………………………………

Niniejszym oświadczam, iż jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj. osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

*Oświadczam, że  zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych
z prawdą.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Data* *Podpis*